

جدول تعهدات

ردیف	تعهدات بیمه گر	حداکثر مبلغ تعهد سالیانه بیمه گر هر نفر		
		طرح 1	طرح 2	طرح 3
1	جبران هزینه‌های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود. (به استثنای زایمان، نازایی و لیزیک)، دیسک و ستون فقرات و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز، درمان بیماری‌های اعصاب و روان به جز سایکوتیک در بیمارستان	بدون سقف	3.000.000.000	بدون سقف
2	هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار بستری به سایر مراکز تشخیصی درمانی طبق دستور پزشک معالج	بدون سقف	75.000.000 درون شهری 150.000.000 برون شهری	بدون سقف
3	جبران هزینه‌های شیمی درمانی (تزریقی، دارویی و خوراکی و غیره)، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، (به استثنای دیسک و ستون فقرات)، آنژیوگرافی قلب، گامانایف، انواع سنگ شکن، اعمال جراحی عمومی و جراحی دیسک ستون فقرات، لاپاراسکوپی، بیماری‌های اعصاب و روان. پرداخت هزینه‌های مربوط به اختلال خواب، لیزر PDT، قوز قرینه، آب مروارید، درمان بیماری‌های خاص (تالاسمی، هموفیلی، دیالیزی، ام اس، انواع سرطان) شامل کلیه هزینه‌ها (دارو و سایر خدمات) به صورت سرپایی و بستری، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان	بدون سقف	6.000.000.000	بدون سقف
4	جبران هزینه زایمان (طبیعی و سزارین)، کورتاژ تخلیه ای	بدون سقف	250.000.000	بدون سقف
5	جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، سی تی اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته‌ای (شامل اسکن هسته‌ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری (سنجش تراکم استخوان). پرداخت هزینه‌های مرتبط با خدمات مکمل بر اقدامات تشخیصی، جبران هزینه انواع آندوسکوپی، فلوروسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، استرس اکو، انواع هولتر مانیتورینگ قلب، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، TCD، OPG، EECF، انواع رادیولوژی، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری، و PFT)، خدمات تشخیصی الکترومیوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV)، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، خدمات تشخیصی یورو دینامیک (نوار مثانه)، سیستومتری یا سیستوگرام، ادیومتری، بررسی عصب شنوایی، بینایی سنجی، تعیین میدان بینایی، بررسی عصب بینایی، اندازه گیری قرینه چشم، نوار چشم، اکوچشم، آنژیوگرافی چشم، تست اوردینامیک، تمپانومتری. پرداخت هزینه‌های مربوط به خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری، بیومتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری)، پاکیمتری. هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی. پرداخت هزینه‌های مربوط به تست‌های آلرژیک و جبران هزینه تست‌های غربالگری جنین شامل مارک‌های جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین، نوار قلب جنین، آزمایش تشخیص ناهنجاری جنین، ان سی تی نوزاد، بیوفیدبک، نوروفیدبک. هزینه‌های مربوط به پرستاری در منزل با دستور پزشک، بیهوشی همراه با آندوسکوپی و کولونوسکوپی و... اسکن کف پا، بادی اسکن، اسکن قلب، نوار قلب، اسکن سه بعدی دندان، بازتوانی قلب، فشارخون. هزینه‌های مربوط به اوتیسم. هرگونه آزمایش تشخیص پزشکی (به جز چکاپ)، کایروپراکتیک، تزریق داخل چشم، مانومتری، لیزر چشم، فوندوسکوپی، لیزر تراپی. پرداخت خدمات روانپزشکی و مشاوره رونسناسی، پاپ اسمیر، اعمال مجاز سرپایی. پرداخت هزینه‌های مربوط به کلیه اقدامات و خدمات اورژانس بصورت سرپایی، همانزیم، انترویپون، طب مکمل، Smart Plug-ICG-ORB SCAN	بدون سقف	375.000.000	بدون سقف

جدول تعهدات

6	جبران هزینه فیزیوتراپی (PT) - گفتار درمانی - کار درمانی، لیزر درمانی (به جز زیبایی)	بدون سقف	250.000.000	بدون سقف
7	جبران هزینه نازایی و ناباروری (اولیه و ثانویه) شامل لاپاراسکوپی درمانی، اعمال جراحی مرتبط zift - IVF-IUI-Gift و میکرواینجکشن جهت هریک از زوجین قابل پرداخت می باشد (حتی اگر منجر به معالجه نگردد)	بدون سقف	375.000.000	بدون سقف
8	جبران هزینه ویزیت، تزریقات و دارو (تمامی داروهای مورد تایید وزارت بهداشت، داروهای مجاز در فارماکوپه کشور، حق فنی نسخ دارویی) پرداخت داروهای پوستی ناشی از آلرژی و ریزش سکه ای مو با نسخه پزشک متخصص پوست و تاییدیه بیماری، پرداختی هزینه های مشاوره روانشناسی، خدمات اورژانس در موارد غیر بستری *پرداخت هزینه داروهای داخلی و خارجی، داروهای بیماری های صعب العلاج، داروهای ویتامینه به میزان (100٪ داخلی، 70٪ خارجی) که توسط پزشک متخصص تجویز می گردد با کسر فرانشیز. همچنین هزینه های مولتی ویتامین هایی که توسط پزشک متخصص یا فوق تخصص مرتبط تجویز گردد. به میزان (100٪ داخلی و 70٪ خارجی) قابل پرداخت می باشد. داروهای گیاهی به شرطی که تایید توسط وزارت بهداشت داشته باشد و ممهور به مهر داروخانه باشند و پزشک متخصص مربوطه تجویز کرده باشد قابل پرداخت می باشد. هزینه داروهای مکمل و ویتامین برای بیماران خاص و خانم های باردار طبق لیست داروهای مجاز با دستور متخصص قابل پرداخت می باشد. 100 درصد حق فنی داروخانه با کسر فرانشیز قابل پرداخت می باشد	بدون سقف	200.000.000	بدون سقف
9	سمک (آنالوگ - دیجیتال)	بدون سقف	150.000.000	بدون سقف
9	جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه، ایمپلنت، ارتودنسی (برای کلیه گروه های سنی)، دست دندان مصنوعی (هر فرد). در صورت مراجعه بیمه شده به بخش خصوصی با در نظر گرفتن بالاترین تعرفه مراجع ذیصلاح قانونی و در صورت مراجعه بیمه شده به بخش دولتی تعرفه بخش دولتی ملاک محاسبه می باشد.	-	150.000.000 (هر نفر)	150.000.000 (شناور خانواده)
10	جبران هزینه خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی (شیشه - فریم) با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست بابت هر فرد	-	30.000.000	50.000.000
11	جبران هزینه رفع عیوب انکساری دو چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هرچشم سه دیوپتر یا بیشتر باشد. تزریقات چشمی، فمتو برای دو چشم	بدون سقف	300.000.000	بدون سقف
12	جبران هزینه های اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، انواع گچ گیری، انواع آتل گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژن لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی (به استثناء رفع عیوب انکساری چشم)، اوزوم تراپی، بیرون آوردن تومورهای سطحی خوش خیم، برداشتن میخچه، کشیدن ناخن، جراحی ناخن فرورفته در گوشت، کشیدن بخیه، آبنه، کرایوتراپی، شست و شوی گوش	بدون سقف	150.000.000	بدون سقف
13	جبران هزینه خرید انواع پروتز و اروتز (علاوه بر سایر موارد مشمول پروتز و اروتز، سمک، باطری سمک، مچ بند و کمربند طبی، کفی طبی، جوراب واریس، کفش طبی، عصا، واکر، ویلچر با تجویز پزشک متخصص) قابل پرداخت می باشد.	بدون سقف	150.000.000	بدون سقف
حق بیمه ماهانه برای هر نفر - ریال				
			23/000/000	36/000/000

جدول تعهدات

تبصره: در روش شناور، هر فرد در یک خانوار می تواند کل سقف تعهد دندانپزشکی آن خانوار را به تنهایی مصرف کند به عنوان مثال :

*در طرح (سه) در یک خانواده 3 نفره یک فرد می تواند به تنهایی از سقف تعهدات دندانپزشکی کل خانوار استفاده کند که در صورت استفاده از کل تعهد باقی مانده افراد صفر خواهد شد.

*فرانشیز دندان پزشکی 20٪، فرانشیز سایر بخشهای جدول به شرط عدم استفاده از پوشش بیمه گر پایه (نه فقدان آن) 10٪ خواهد بود.

*در خصوص مواردی که نیاز به تایید پزشک معتمد دارد (لیزیک و انحراف بینی و ...) این کنترل در واحد درمان شرکت بیمه گر قابل انجام است.